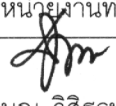


โรงพยาบาลขอนแก่น		หน้า : 1/3
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : KKH - 7-190		ฉบับที่ : ค
เรื่อง : การยินยอมรักษาหรือ ไม่ยินยอมรักษาของผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น		วันที่ : ร 25 ธ.ค. 2557
แผนก : กรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	แผนกที่เกี่ยวข้อง : ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการจัดการความเสี่ยง	ผู้อนุมัติ :  (นายธรรมบุญ วิสิษฐนวรรธ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น	

นโยบาย :

1. ผู้ป่วยทุกรายก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น หรือ ทำผ่าตัด หรือใช้ยาระงับความรู้สึก หรือ ทำหัตถการที่มีการล้วงล้ำร่างกาย หรือ เจาะเลือดหา Anti HIV หรือ ตรวจทางรังสีวินิจฉัย จะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำนั้น ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสมจากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จนเป็นที่เข้าใจ เพื่อประกอบการตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอม และต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มของโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อยืนยันว่าได้รับทราบข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ
2. ผู้ป่วยที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ต้องลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอม ด้วยตนเอง ยกเว้น ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต หรือพิการจะต้องให้บิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นผู้ลงนามแทน
3. กรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือ ไม่สามารถใช้สิทธิได้ด้วยตัวเองตามกฎหมาย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือทำหัตถการที่ล้วงล้ำเข่าร่างกายผู้ป่วยหรือทำการผ่าตัดหรือเจาะเลือด อย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิต ทีมผู้ดูแลให้การรักษจะต้องทำการรักษาผู้ป่วยทันที โดยไม่ต้องรอให้ญาติมาลงนามยินยอมในเบื้องต้น ทีมผู้ให้การดูแลรักษาต้องบันทึกอาการ การรักษา เหตุผลตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมทั้งร่วมกันลงนาม ไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนอย่างครบถ้วนชัดเจน
4. จากนโยบายข้อที่ 1 อนุญาตให้พิมพ์ลายนิ้วมือ แทนการลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอม เฉพาะผู้ป่วยที่รู้สีกตัวดีแต่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้เท่านั้น

วิธีปฏิบัติ :

1. การให้ข้อมูลก่อนลงนามการยินยอม/ไม่ยินยอมที่ OPD/ER
 - ก) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ OPD หรือ ER เมื่อได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ทำหัตถการหรือเจาะเลือดหา Anti HIV หรือกระทำการที่ล้วงล้ำเข่าร่างกาย แพทย์หรือพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอและเหมาะสม
 - ข) หลังจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลและทำความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ OPD หรือ ER บันทึกรายาง ข้อความการลงนามยินยอมหรือไม่ยินยอม ลงใน OPD Card

เรื่อง : การลงนามยินยอมรักษาหรือไม่ยินยอมรักษา (ปฏิเสธการรักษา)

- ค) ให้ผู้ป่วยหรือครอบครัว ระบุการยินยอม หรือไม่ยินยอม ตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว และลงนามให้ชัดเจน ถ้าญาติเป็นผู้ลงนาม เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลและพยานร่วมกันตรวจสอบหลักฐานให้ชัดเจนว่าชื่อสกุลของญาติตรงกับข้อมูลที่ลงนามหรือไม่
- ง) หากผู้ป่วยได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย แพทย์ผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยอยู่รักษาจะต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเพียงพอ ก่อนส่งเข้าอยู่รักษาในหอผู้ป่วย
2. การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอม/ไม่ยินยอม การอยู่รักษาในหอผู้ป่วยใน หรือห้องสังเกตอาการ
- ก) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย หรือห้องสังเกตอาการ แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยหรือพยาบาลในหอผู้ป่วย ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจาก OPD หรือ ER
- ข) หากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ แพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline) ในโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ
- ค) เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวทราบและทำความเข้าใจข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เป็นบิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ตามนโยบายข้อที่ 2 และ ข้อที่ 4) ลงนามยินยอม ที่จะอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา โดยให้ลงนามในแบบฟอร์ม 2/1 ถ้าผู้ลงนามเป็นญาติให้ระบุความสัมพันธ์ให้ชัดเจนพร้อมทั้งตรวจสอบหลักฐานว่าชื่อ สกุล ถูกต้องตามที่ลงนาม
- ง) ผู้ให้ข้อมูลต้องลงนาม ไว้เป็นหลักฐาน พร้อมกับให้ผู้ร่วมรับฟังการให้ข้อมูลหรือผู้เห็นเหตุการณ์ว่าแพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติแล้ว ร่วมลงนาม ในส่วนของพยานอย่างน้อย 1 คน
- จ) กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สมัครใจหรือปฏิเสธการอยู่รักษา ให้ผู้ป่วยลงนาม เช่นเดียวกับ ข้อ 2. ค) และ 2. ง) พร้อมกับระบุเหตุผลของการไม่ยินยอมรับการรักษา ในแบบฟอร์ม 2/1 (ส่วนที่ 2)
- ฉ) แพทย์บันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในแบบบันทึก Progress note พยาบาลบันทึกการให้ข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐาน ว่าได้ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน
3. การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอม / ไม่ยินยอม ในการผ่าตัด หรือทำหัตถการที่ส่งล้าเข้าร่างกายผู้ป่วย
- ก) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด หรือทำหัตถการต่างๆ แพทย์หรือพยาบาล จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ เหตุผลวิธีการ ผลดี ผลเสีย ผลข้างเคียง รวมถึงการใช้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอ จนเป็นที่เข้าใจ ตามแนวทางการรักษาของโรคแต่ละสาขา

เรื่อง : การลงนามยินยอมรักษาหรือไม่ยินยอมรักษา (ปฏิเสธการรักษา)

- ข) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงจากการใช้ยาระงับความรู้สึก แพทย์วิสัญญีหรือพยาบาลวิสัญญีจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและรายละเอียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มเติม
- ค) ในกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงไม่สามารถลงนามยินยอมด้วยตนเองได้และไม่มีญาติมาด้วย แต่จำเป็นต้องได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม พยาบาลต้องติดตามญาติและนัดให้มาพบแพทย์วิสัญญีหรือพยาบาลวิสัญญี ก่อนผ่าตัดเพื่อทราบข้อมูลและลงนาม
- ง) กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รู้สีกตัว ไม่มีญาติ ต้องช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน ให้ทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยดำเนินการช่วยเหลือทันที ตามหลักของมาตรฐานวิชาชีพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลถึงเหตุผลของการรักษาที่บ่งบอกถึงความจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน และลงนามในเวชระเบียนให้ครบถ้วน ชัดเจน
- จ) เมื่อผู้ป่วยหรือญาติ ตกลงยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้กระทำการใด ๆ ตามที่ได้รับทราบข้อมูลแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนชัดเจน และลงนามร่วมกัน ทั้งผู้ป่วย หรือญาติโดยชอบธรรมตามสิทธิ รวมทั้งพยานผู้ที่ได้รู้เห็นในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา ผ่าตัด ทำหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ในแบบฟอร์ม 2/2 ตามประเภทหรือกลุ่มโรคของผู้ป่วยไว้เป็นหลักฐาน เช่น Form 2/2_Gyn1 ใช้กับผู้ป่วยนรีเวช (ดังตัวอย่างเอกสารในภาคผนวก)
4. การให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอม / ไม่ยินยอมในการตรวจวินิจฉัย เจาะเลือดหา Anti HIV หรือรังสีวินิจฉัย
- ก) ก่อนที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดหา Anti HIV พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษา เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- ข) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ที่ต้องได้รับการรักษา / สารเคมี เข้าในร่างกายหรือตรวจโดยการสอดใส่สายยางเข้าในร่างกาย แพทย์หรือพยาบาลในหอผู้ป่วย จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอตามคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติ
- ค) ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่พิเศษ รังสีแพทย์หรือนักรังสีวิทยาหรือเจ้าหน้าที่รังสีวิทยา จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมในรายละเอียดของการตรวจวินิจฉัยแต่ละชนิดตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ง) เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจ ยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ตรวจวินิจฉัยตามข้อมูลที่ได้รับทราบแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลต้องบันทึก ตรวจสอบ การยินยอมหรือไม่ยินยอม ในแบบฟอร์ม 2/3 ให้ถูกต้อง ถ้าไม่ยินยอมให้บันทึกเหตุผลให้ชัดเจน พร้อมกับ ร่วมลงนาม ทั้งผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติที่มีสิทธิโดยชอบธรรม และพยานอย่างน้อย 1 คน ไว้เป็นหลักฐาน

ภาคผนวก : แบบฟอร์ม Informed consent เลขที่ 2/1 ,2/2,2/3

แก้ไข : 1 พ.ย.2544, R 1 ก.ย.2548, r 25 ธ.ค. 2557

คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุยังไม่เกินสิบแปดปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนาม

ส่วนที่ 1 คำรับรอง การยินยอม เข้ารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น (บันทึกทุกรายที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน)

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น ()

ผู้ป่วย () ญาติ

ยินยอม ให้ผู้ป่วยชื่อ.....เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ได้อธิบาย ให้ข้าพเจ้าทราบ ถึงวิธีการดูแลรักษา รวมทั้ง ผลดี ผลเสีย ในการรักษาครั้งนี้ จนเป็นที่เข้าใจเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย

ลงนาม.....

แพทย์ / พยาบาล

(.....)

(.....)

ลงนาม.....ญาติ

ลงนาม.....

พยาน

(.....)

(.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย)

(บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ /

เจ้าหน้าที่)

ส่วนที่ 2 คำรับรอง การไม่ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น ()

ผู้ป่วย () ญาติ

ไม่ยินยอม ให้ผู้ป่วยชื่อ.....เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นครั้งนี้ ด้วยเหตุผล

ซึ่ง แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ ได้อธิบาย ให้ข้าพเจ้าทราบ ถึงวิธีการดูแลรักษา รวมทั้ง ผลดี ผลเสียของการรักษาในครั้งนี้ จนเป็นที่เข้าใจเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย

ลงนาม.....แพทย์ / พยาบาล

(.....)

(.....)

ลงนาม.....ญาติ

ลงนาม.....พยาน

(.....)

(.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย)

(บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ / เจ้าหน้าที่)

Name of Patient

Age

HN

AN

Attending Physical

Ward

Department

คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุยังไม่เกินสิบแปดปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนาม

คำรับรอง การยินยอม /ไม่ยินยอมในการทำผ่าตัด,หัตถการที่เสี่ยง และการให้ยาระงับความรู้สึก

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น

() ผู้ป่วย () ญาติ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่รับฟังการให้ข้อมูลจาก แพทย์/พยาบาล /เจ้าหน้าที่ โดยได้รับการอธิบายให้ทราบและทำความเข้าใจถึงการผ่าตัด / หัตถการ.....

รวมทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ () ข้าพเจ้า () ญาติของข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วยชื่อ ในประเด็นต่อไปนี้

1. ภาวะการติดเชื้อจากการผ่าตัด หรือระบบอื่น ๆ เช่นระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ แผลผ่าตัด
2. การเสียเลือด การมีเลือดออกในช่องท้อง และการให้เลือด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือด
3. การได้รับบาดเจ็บ หรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และผลติดตามจากการรักษาภาวะบาดเจ็บเหล่านี้
4. การสูญเสียภาวะเจริญพันธ์
5. ภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งอาจจะได้รับฮอร์โมนทดแทนในภายหลัง
6. อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้า () ยินยอม () ไม่ยินยอม ให้ทำผ่าตัด/หัตถการ แก่ () ข้าพเจ้า หรือ () ญาติของข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วย เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ในการระงับความรู้สึก แพทย์/พยาบาล ได้อธิบายตามหลักวิชาการ และมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบัน ถึงขั้นตอนวิธีการ หรือ วัตถุประสงค์ ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ความยินยอมครอบคลุมถึงการเปลี่ยนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การให้เลือดและยา รวมถึงการทำหัตถการอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือช่วยชีวิตข้าพเจ้า / ญาติของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () ยินยอม และอนุญาตด้วยความสมัครใจ ให้วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกชนิด
 () ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย () ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ () อื่นๆ.....

() ไม่ยอม วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกชนิด
 () ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย () ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ () อื่นๆ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบาย และได้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนแล้ว กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลติดตามจากภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ คณะแพทย์ หรือโรงพยาบาลแห่งนี้แต่ประการใด จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย
 พยาบาล (.....)

ลงนาม.....แพทย์ /

ลงนาม.....ญาติ
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย)

(บิดา / มารดา /สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ / เจ้าหน้าที่)

Name of Patient

Age

HN

AN

Attending Physical

Ward

Department

Khon Kaen Hospital

Consent Form

คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุยังไม่เกินสิบแปดปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนาม

คำรับรอง การยินยอม /ไม่ยินยอมในการทำคลอด ช่วยคลอด หรือผ่าตัดคลอด และ การให้ยาระงับความรู้สึก

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น () ผู้ป่วย () ญาติ

() ยินยอม () ไม่ยินยอม ให้ () ข้าพเจ้า () ญาติของข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วยชื่อ.....

เข้ารับการรักษาและคลอดบุตร โดยการคลอดบุตร หรือหัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น คีม เครื่องดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมถึงการให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะทางสายน้ำเกลือ เพื่อการเร่งคลอด เมื่อมีข้อบ่งชี้โดยแพทย์ พยาบาล หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด รวมถึงภาวะอื่น ๆ ที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยไม่มีอาการคลอดบุตร เช่น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมกับการเจาะเลือด / ฉีดยา บุตรที่เกิดใหม่ เพื่อรักษาพยาบาล ซึ่งแพทย์ / พยาบาล ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจถึงภาวะที่อาจเกิดขึ้น ระหว่าง รอคลอด การคลอด หลังคลอด ดังนี้

- 1. **รอคลอด** เช่น ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ภาวะตกเลือดก่อนคลอด การผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การรักษาด้วยยาหรือทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2. **การคลอด** เช่น การคลอดยาก การคลอดทารกติดไหล่ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำคลอดหรือหัตถการ ช่วยคลอดทำให้มารดาทารกมีโอกาสดีการหรือชีวิตได้
- 3. **หลังคลอด**

มารดา เช่น ตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อน

ทารก เช่น มีเลือดออกใต้หนังศีรษะ หรือรอบบริเวณหนังศีรษะและใบหน้าทารก หรือ ตัวเหลืองหลังคลอดจากหัตถการช่วยคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยหรือตัวเล็กกว่าอายุในครรภ์ หายใจ ไม่ปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งต้องรับการดูแลรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม

แพทย์ / พยาบาล ได้อธิบายตามหลักวิชาการ และมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบัน ถึงขั้นตอน วิธีการ หรือวัตถุประสงค์ ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ความยินยอมครอบคลุมถึงการเปลี่ยนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การให้เลือดและยา รวมถึงการทำหัตถการอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือช่วยชีวิตข้าพเจ้า / ญาติข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า () ยินยอม และอนุญาตด้วยความสมัครใจ ให้วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกชนิด () ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย () ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ () อื่น ๆ.....

() ไม่ยอม วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกชนิด () ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย () ระงับความรู้สึกเฉพาะที่ () อื่น ๆ.....

เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบาย และได้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนแล้ว กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลติดตามจากภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ คณะแพทย์ หรือโรงพยาบาลแห่งนี้แต่ประการใด

ลงนาม.....ผู้ป่วย (.....) ลงนาม.....ญาติ (.....) (เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย) Name of Patient Attending Physical	ลงนาม.....แพทย์ / พยาบาล (.....) ลงนาม.....พยาน (.....) (บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ / เจ้าหน้าที่) Age Ward	HN AN Department
--	--	------------------------

Khon Kaen Hospital

Consent Form

คำรับรองนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุยังไม่เกินสิบแปดปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิต ต้องเป็นญาติที่เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนาม

ส่วนที่ 1 คำรับรอง ยินยอม / ไม่ยินยอมในการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น ()

ผู้ป่วย () ญาติ

ซึ่งเป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่รับฟังข้อมูลจาก แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ โดยได้รับการอธิบายให้ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจถึงการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ในประเด็นต่อไปนี้

1. เหตุผล ของการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา คือ

2. อาการข้างเคียงที่อาจเกิดหลังฉีดสารทึบรังสี

- อาการรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก คือ ลมพิษ ผื่นคันรุนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้องเสียงหดเกร็ง หลอดลมหดเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ ชัก อาจถึงแก่ชีวิตได้

- อาการไม่รุนแรง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันเล็กน้อย ร้อนวูบวาบทั้งตัว หายใจไม่สะดวกขัดเล็กน้อย

3. อาการข้างเคียงหลังทำการตรวจช่องทางเดินน้ำไขสันหลัง

- มีอาการเจ็บปวด บริเวณที่ฉีดสารทึบรังสี อาการปวด เกร็ง บริเวณต้นขาประมาณ 30 นาที อาการปวด มีน้ีระยะอีกประมาณ 3-5 วัน

4. อาการข้างเคียง หรืออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดต่อเด็ก (กรณีผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์)

- ในช่วงเดือนแรก ของการตั้งครรภ์ อาจทำให้แท้งได้ อาจเกิดความผิดปกติทางร่างกาย และ / หรือสติปัญญาของเด็กอาจก่อให้เกิดโรคกระดูกในเด็กได้ อาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม

ข้าพเจ้า () ยินยอม () ไม่ยอม ให้ตรวจวินิจฉัยแก่ () ข้าพเจ้า () ญาติข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วยชื่อ.....

.....เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย.....ลงนาม.....แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่

ลงนาม.....ญาติ.....ลงนาม.....พยาน

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย) (บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ / เจ้าหน้าที่)

ส่วนที่ 2 คำรับรอง ยินยอม / ไม่ยินยอม การเจาะเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (HIV)

วันที่.....เวลา.....น. ข้าพเจ้า.....เป็น ()

ผู้ป่วย () ญาติ

ได้รับคำปรึกษา ก่อนเจาะเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (Pre test counseling) และได้รับคำแนะนำผลเลือดลบ / บวกจากเจ้าหน้าที่แล้ว

ข้าพเจ้า () ยินยอม () ไม่ยอม ให้เจาะเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี แก่ () ข้าพเจ้า () ญาติข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ป่วย

ชื่อ.....เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย.....ลงนาม.....แพทย์ /

พยาบาล / เจ้าหน้าที่

ลงนาม.....ญาติ.....ลงนาม.....พยาน

(เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย) (บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / ญาติ / เจ้าหน้าที่)

Name of Patient

Age

HN

AN

Attending Physical

Ward

Department

Consent from ER / OPD

วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้า.....

เป็น () ผู้ป่วย () ญาติของผู้ป่วย.....

() ยินยอม () ไม่ยินยอม ให้ผู้ป่วยทำหัตถการ / การรักษา

ระบุ.....

เหตุผลที่ไม่ยินยอม.....

ลงนาม.....ผู้ป่วย / ญาติ

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล

ลงนาม.....